



PPR- 105.17

PLAN PARA EFECTUAR INSPECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS

INFORMACIÓN BÁSICA

Depósito de Chatarra Concesionarios de Auto Auto Parts Centro de Llaves Taller Hojalatería
 Taller de Mecánica Centro de Inspecciones Alquiler de Autos Subasta Otros _____

Nombre del Plan (Si aplica):		Fecha del Plan: (dd/mm/aaaa)	
Dirección del establecimiento:		Fecha y Hora de ejecución: (dd/mm/aaaa) (hh:mm) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
Supervisor		Placa:	Teléfono
Teléfono:	Dirección Residencial:		Dirección postal:

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INSPECCIONES

Propósito del Plan:

Lugar de la Inspección:

Información sobre la Inspección (Documentos):

Resumen del Plan (quién, que, por qué, cuándo y dónde):

NOTIFICACIÓN DE PELIGRO:

INFORMACIÓN DEL LUGAR A SER INSPECCIONADO

Nombre del Local o establecimiento:

Ubicación del local o establecimiento:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

JUSTIFICACIÓN DE PELIGRO (Sea Específico)

OFICIALES PARTICIPANDO EN EL PLAN DE TRABAJO DE INSPECCIONES
 (Identifique el personal directamente en el Plan de Trabajo y su asignación específica)

NOMBRE		PLACA	MISION ASIGNADA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

PERSONAL DE APOYO DE OTRAS DIVISIONES O AGENCIAS ESTATALES O FEDERALES

NOMBRE (placa, si aplica)		AGENCIA	MISION ASIGNADA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

PLAN DE CONTINGENCIA

ADMINISTRACIÓN Y EQUIPO

VEHICULOS

MARCA:		MODELO	ROTULADA	COLOR	PTA:	TABLILLA
a.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
b.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
c.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
d.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
e.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
f.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
g.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
h.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
i.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
j.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

TIPO DE VESTIMENTA Y EQUIPO

TRASLADO DE HERIDOS

(Sea específico, incluya números de teléfonos de emergencia médicas, canal de radio y dirección de hospital más cercano)

Nombre del Hospital:	Dirección:	Teléfono:
----------------------	------------	-----------

Ruta más cercana:

Teléfono de Emergencias Médicas:

Nombre del Hospital:	Dirección:	Teléfono:
----------------------	------------	-----------

MNPPR y Vehículos Asignados para el Traslado (tienen que ser rotulados y con equipo de emergencias)

1.	MNPPR:	Vehículo:
2.	MNPPR:	Vehículo:
3.	MNPPR:	Vehículo:

SUPERVISIÓN Y COMUNICACIONES

Supervisor a Cargo:	Placa:	Unidad de Trabajo:	Teléfono:
---------------------	--------	--------------------	-----------

Firma del Supervisor:

FRECUENCIA Y CANALES DE RADIO A UTILIZARSE
